

令和 2 年 9 月 1 日

JMA健康保険組合 理事長殿

下記の「**保険証を確認下さい**」限度額適用認定証」の交付を申請します。

被保険者証 の記号番号	記号	1000	フリガナ	ケンポ タロウ		性別
	番号	20998	被保険者 氏名	健保 太郎		男 女
資格取得年月日	令和	2 年 4 月 1 日	被保険者 生年月日	昭和 平成 令和	2 年 10 月 10 日	
被保険者住所	〒 243 - 0433 神奈川県海老名市河原口1519					
被保険者の勤務 する事業所	名称	海老名総合病院				
適用対象者氏名	受診する方の氏名	健保 花子	続柄	妻	適用対象者 生年月日	昭和 平成 令和
認定必要期間 (療養予定)	令和 2 年 10 月 5 日 ~ 令和 2 年 12 月 10 日					
	目的	通院 ・ 入院		申請時点で分かっている情報を記入下さい		
発送先住所	〒 - ※上記被保険者住所と異なる住所への発送をご希望の場合のみ、記入下さい。					

* 注意事項

- ・ 70歳未満の通院中、入院予定または入院中の方が対象です。
- ・ 退院等により不要となったときは、健保組合へご返却ください。
- ・ 交付期間は最長で1年間です。申請月の初日からの発行となります。
継続して使用する場合は、有効期限が切れる前に再申請してください。

受付印

健保使用欄				
交付期間	令和	年	月	日 ~
	令和	年	月	日まで